



## **¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto?**

**Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto de 2019**

**Orientadora: Prof. Adj. Isabel Posada**

**Bres: Federico Alfaro**

**Ana Barbier**

**Cecilia Belzarena**

**Lucía Bengochea**

**Blanca Cardozo**

**Octubre de 2019**

**Ciclo de Metodología Científica II 2019**

**Grupo 79**

**Clínica Ginecotológica B**

**Centro Hospitalario Pereira Rosell**

**Facultad de Medicina, UdelaR**

<b>Índice de contenidos</b>	
<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Objetivos del estudio</b>	<b>11</b>
<b>Metodología</b>	<b>12</b>
Tipo de estudio y diseño general	12
Universo de estudio y muestra	12
Procedimientos para la recolección de datos	14
Análisis de los resultados	14
Aspectos éticos	15
<b>Resultados</b>	<b>16</b>
<b>Discusión</b>	<b>25</b>
<b>Conclusiones y perspectivas</b>	<b>27</b>
<b>Referencias</b>	<b>28</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>32</b>
<b>Anexos</b>	<b>33</b>

## **Resumen**

**Introducción:** El parto humanizado, que implica evitar la sobremedicalización e intervenciones innecesarias y ubicar a la mujer en el centro de la toma de decisiones durante el trabajo de parto y parto, ha tomado gran relevancia en este último tiempo a nivel internacional y nacional. En Uruguay, la Ley 18.426, promueve la humanización del parto. Para lograrlo, es crucial que las usuarias estén informadas sobre las decisiones que pueden tomar durante este proceso. El objetivo de este estudio es conocer si las usuarias del C.H.P.R. llegan informadas con respecto a algunas de las opciones disponibles al momento del trabajo de parto y parto, y a su vez, contrastar esto con variables sociodemográficas y gineco-obstétricas.

**Metodología:** Se realizaron encuestas a usuarias del C.H.P.R. durante julio y agosto del 2019 en las salas de alojamiento madre-hijo, que no cumplieran con ningún criterio de exclusión, incluyéndose así 156 participantes.

**Resultados:** La mayoría de las usuarias estaba informada respecto a la posibilidad de elegir acompañante, sin embargo el 66,7% desconocía los tipos de analgesia disponibles y las posiciones del parto. No se encontró asociación entre la edad, la ascendencia étnico racial, ni el buen control del embarazo en cantidad y la información de las participantes sobre las variables estudiadas. Se encontró asociación entre bajo nivel educativo y menor información respecto a la posición en el parto. La asistencia a clases de parto mostró asociación con estar informada respecto al uso de analgesia y la posición. El estar informada sobre las posiciones en el parto disminuye significativamente la probabilidad de parir en posición litotómica.

**Conclusiones:** Existe una carencia de información sobre las opciones disponibles durante el trabajo de parto y parto, y la información se vio vinculada con mejores prácticas. Varias estrategias podrían implementarse para mejorar esta situación.

**Palabras clave:** parto humanizado, clases de parto, dolor en el parto, analgesia obstétrica, parto vertical, acompañante en el parto

**Abstract:**

**Introduction:** Humanized childbirth care, which implies avoiding overmedicalization and unnecessary practices plus positioning women at the center of decision-making in the process of labor, has become greatly relevant both internationally and nationally. In Uruguay, the law n°18.426, promotes humanization of birth. To achieve this, it is crucial that women are informed about the decisions they can take during this process. The goal of this study is to understand if women who deliver in C.H.P.R. are informed regarding some options available at the time of birth, and making a contrast between this and several sociodemographic and OB-GYN variables.

**Methodology:** Women who were in-patients at C.H.P.R. during July and August 2019, and did not meet any exclusion criteria were surveyed, thus including 156 participants.

**Results:** Most women were informed regarding the possibility of choosing someone to accompany them during birth, however, 66,7% did not know about different types of analgesia available or positions for birth. There was no association found between age, ethnic ancestry, nor pregnancies being correctly monitored in regard to information about the variables that were analyzed. There is an association between low educational level and lower information regarding birth position. Going to birthing classes showed an association with being informed about analgesia use and position. Being informed about positions for birth significantly reduced the probability of delivering in the lithotomy position.

**Conclusions:** There is a lack of information regarding options available during labor, and information was seen to be linked with better practices. Many strategies can be implemented to improve this situation.

**Keywords:** humanized childbirth, birthing classes, labor pain, analgesia, labor positions, company during labor

## **Introducción**

El trabajo de parto, según Schwarcz et al, es “el conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.” Las tres fases que se reconocen en el trabajo de parto son: la fase de dilatación, la fase expulsiva, y la fase de alumbramiento. El parto es “la expulsión de un feto de un peso igual o mayor de 500g [igual o mayor a las 22 semanas completas (para otros 20 semanas) contadas desde el primer día de la última menstruación].”(1).

A nivel internacional, el tema de parto humanizado o parto respetado está tomando enorme relevancia. Esto surge como respuesta al fenómeno de sobremedicalización e intervencionismo que no sólo sufre el parto, sino muchos otros procesos de la vida (2).

El parto humanizado busca, según Cáceres-Manrique: “respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad”(3). Otro trabajo lo define como “el modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia.” (4).

En 1985, la Organización Mundial de la Salud resalta que el parto es un proceso natural y enfatiza la importancia de una comunicación asertiva con la embarazada por parte del personal de salud y de la presencia de un acompañante elegido por la mujer. A su vez, ya incluye recomendaciones respecto a evitar ciertas intervenciones rutinarias. Además, recalca la importancia de que la mujer sea la protagonista en todos los aspectos del proceso (5).

En 1996, la OMS crea una guía con recomendaciones para la atención del parto en la cual denuncia el exceso de intervencionismo. Según esta guía el 70-80% de las gestantes es de bajo riesgo, y debería existir una razón válida para intervenir en el proceso del parto. Vuelve a resaltar la importancia de que la mujer se encuentre acompañada por quien ella elija. A su vez,

menciona alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor, y evidencias sobre las diferentes posiciones y sus efectos (6).

Uruguay no se encuentra ajeno a esta problemática y existe un marco legal respecto a la humanización del parto. En el año 2008 se aprobó la ley 18.426, Ley de Salud Sexual y Reproductiva, en cuyo artículo 3 manifiesta, “c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”(7). En base a esta ley, se generaron las Guías en Salud Sexual y Reproductiva, con un capítulo en especial llamado “Normas de atención a la Mujer en proceso de Parto y Puerperio”(8). En los Objetivos Sanitarios Nacionales del período 2015-2020 se incluyó la “Humanización del parto institucional y reducción de la tasa de cesáreas”(9). A su vez, en base a esta ley se han elaborado guías nacionales de atención al parto (8,9).

En 2018 el Ministerio de Salud publicó una serie de recomendaciones basadas en evidencia científica cuyos objetivos hacen referencia a mejorar la práctica de la asistencia al parto, buscando que sea una experiencia respetuosa en la cual la mujer y su familia puedan hacer ejercicio de sus derechos. A su vez, nombra la importancia de la toma de decisiones informadas y de la preparación para el parto durante el embarazo. Esta guía agrega a la definición anteriormente mencionada que en la atención humanizada del parto “se promueven las investigaciones que evalúen las praxis y tecnologías de atención al parto más adecuadas, apostando por la promoción de un itinerario asistencial menos intervencionista que evite la tasa de cesáreas innecesarias e inducciones de parto injustificadas y promocióne el respeto por los tiempos del proceso fisiológico del nacimiento”(9).

Las “Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional” del Ministerio recopilan numerosas buenas prácticas y prácticas a evitar en las diferentes etapas del trabajo de parto y parto (9). Este estudio se concentrará sobre tres variables en específico: la posición en el parto, los métodos de analgesia y el acompañante durante el trabajo de parto y parto.

Durante el parto, la parturienta puede adoptar diferentes posiciones. En este trabajo, siguiendo los lineamientos de la literatura revisada, vamos a clasificar las diferentes posiciones en dos grupos: horizontal y vertical. La posición horizontal o litotómica, hace referencia a la “posición en la que la paciente se encuentra acostada, con el respaldo a no más de 45° y con las piernas dobladas, separadas y colocadas en ambas piernas de la mesa de exploración ginecológica”(10).

La posición vertical, por otro lado, abarca diferentes posiciones dentro de las cuales encontramos la “de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas.”(11).

Haciendo una pequeña reseña histórica, cabe mencionar que previo al siglo XVII la posición de mayor elección era la vertical, pero a partir de dicho siglo, empezó a cobrar protagonismo la posición horizontal, impulsada por François Mauriceau, un obstetra francés. Esta posición se empezó a utilizar cada vez más, ya que permitía al ginecólogo realizar más fácilmente sus maniobras, así como también brindaba mejor accesibilidad a la hora de monitorizar la frecuencia cardíaca fetal y a la hora de realizar fórceps (12).

Luego de haber realizado una breve revisión de la literatura disponible, se encuentran diferencias entre ambas posiciones, tanto ventajas como desventajas.

En lo que hace referencia a la posición vertical, Vargas Londoño et al. (13), en una revisión bibliográfica que incluyó 15 estudios publicados entre el 2005-2015, señala que la misma tiene como ventajas la disminución en el tiempo en la segunda etapa, la presencia de menos desgarros de tercer y cuarto grado, el menor edema vulvar, la menor necesidad de instrumentación durante el parto, la menor necesidad de episiotomía, una menor necesidad de usar la maniobra Kristeller, un menor número de casos de placenta retenida, la presencia de menor dolor, una mejor percepción materna y mejores resultados fetales y neonatales. Como contraparte, en dicha revisión señalan como desventajas un mayor sangrado y la dificultad de poder mantener la posición.

Por otro lado, la posición horizontal, ampliamente adoptada en nuestro medio, tiene como beneficios, aparte de los mencionados anteriormente, generar seguridad y una sensación, para la parturienta, de ser ayudada. Sin embargo, los aspectos negativos recabados por dicho estudio en referencia a la posición horizontal, mencionan incomodidad y dificultad para realizar la fuerza a la hora del parto (14).

A su vez, la guía ministerial del 2018 consideran que la posición litotómica durante la segunda fase del parto no está recomendada (9).

En lo que refiere a las técnicas de analgesia, comprende a las intervenciones que se realizan para prevenir o quitar la sensación de dolor. Durante el trabajo de parto y parto se pueden utilizar diferentes técnicas de analgesia, dentro de ellas se encuentran técnicas farmacológicas y no farmacológicas, y debe encontrarse disponible al menos alguna de ellas, debiendo ser ofrecidas a las mujeres que se encuentran en esta situación, como se establece en la guía del Ministerio

del 2018: “Disponer de métodos de alivio del dolor (farmacológicos o no) para mejorar la satisfacción de la usuaria.”(9).

Dentro de uno de los métodos farmacológicos más usados se encuentra la analgesia neuroaxial, pudiendo ser realizada por vía epidural, espinal o combinada espinal-epidural. Esta última ha demostrado ser la técnica más segura y efectiva. El momento de aplicarla debe estar guiado por los deseos y sensación dolorosa de la usuaria y no por la dilatación cervical. Como ventajas, proporciona un alivio del dolor más efectivo y duradero, mejora la perfusión sanguínea útero-placentaria, y aplicada con los protocolos actuales no imposibilita la deambulación (15). Además, el nivel de satisfacción de la mujer acerca de la experiencia del trabajo de parto y parto se ha relacionado con el uso de este método analgésico. En un estudio realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (C.H.P.R.) donde se analizó la satisfacción de la mujer expresada por la misma, respecto al uso de analgesia neuroaxial, se evidenció una fuerte correlación positiva entre ambas variables (16). Como desventaja, es un método que no está exento de riesgos, entre ellos el desarrollo de eventos adversos por ejemplo retención urinaria, necesidad de parto instrumentado, hipotensión, y fiebre (17).

Los Protocolos Clínicos en la Maternidad también expresan, en alusión a este método analgésico: “en ausencia de contraindicaciones, la solicitud materna se considera una indicación médica suficiente para el alivio del dolor durante el parto”(18).

También existe la analgesia farmacológica intravenosa, con morfina o petidina, cuyos resultados han sido peores que la analgesia neuroaxial (8).

Hay alternativas no farmacológicas de analgesia que pueden utilizarse durante el trabajo de parto y parto. Una de ellas es la masoterapia, o la realización de masajes. En una revisión se encontró que la masoterapia “eleva el umbral del dolor e induce efectos a largo plazo en la nocicepción, disminuyendo significativamente la percepción del dolor tras el parto.”(19).

Otro método de analgesia es la realización de diferentes técnicas de relajación, como técnicas de respiración, que contribuyen a que la usuaria asuma el dolor del parto, más que en disminuir el dolor propiamente dicho (20).

La esferodinamia es una técnica utilizada en el trabajo de parto que consiste en el uso de una pelota grande de vinilo (entre 65 y 75 cm de diámetro) en diferentes posturas para provocar la disminución del dolor de la pelvis y relajar los músculos extensores de la espalda durante el parto. Además, gracias al movimiento libre de la pelvis, consigue facilitar el movimiento y

rotación del feto en el canal de parto, produce sensación de relajación, favorece la dilatación y amplía diámetros pélvicos (21,22).

El uso de duchas tibias para reducir el dolor durante el trabajo de parto y parto ha mostrado beneficios, y dos estudios realizados al respecto hacen énfasis en que es una técnica barata y sencilla de usar (23,24).

Una revisión sistemática publicada en 2012 concluye que los métodos no farmacológicos son seguros e inoocuos para el binomio madre-hijo, pero sostiene que no hay evidencia de alta calidad de que tengan algún beneficio (17). Un estudio clínico aleatorizado del 2018 encontró que los métodos no farmacológicos (entre ellos la esferodinamia y el uso de duchas tibias) muestran beneficios en el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto (25).

Otro aspecto importante en la atención humanizada del parto es que la mujer pueda estar acompañada por quien ella elija, y esto rige desde el año 2001 por la ley 17.386 (26). Hay evidencia de que la compañía durante el parto da a la parturienta la sensación de seguridad, disminuyendo la sensación de vulnerabilidad y soledad, y esto trae como consecuencia que la mujer se sienta en libertad de expresarse (27).

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), enmarcándose en el Proyecto de Promoción y Reconocimiento de Buenas Prácticas de Atención en las Maternidades, publicó en 2018 un material audiovisual llamado “A la hora de nacer” en donde se resalta la importancia de la humanización de la atención en el parto y se muestran experiencias de la realidad de esta situación en el Uruguay (28).

Según datos del Ministerio de Salud, en 2015 hubo 6.888 partos en el C.H.P.R., lo que constituye un 14% de todos los partos del Uruguay, siendo el centro donde nacen más uruguayos (29). En el 2018 se registraron 6.249 nacimientos en el C.H.P.R.(30). En este centro de ASSE hay un interés marcado en lograr cumplir con estos objetivos nacionales, y en el año 2018 se inauguraron nuevas salas de nacer, contando ellas con diferentes elementos que facilitan que la mujer tenga varias alternativas a la hora del parto (31). En una entrevista a la Dra. Victoria Lafluf, actual Directora General del C.H.P.R., concedida a *la diaria*, ella se refirió al parto humanizado como un proceso que busca “ayudar a la mujer a decidir informada y libremente cómo quiere transcurrir el proceso de nacimiento. Apuntamos a que la mujer elija cómo quiere tener el nacimiento: de cuclillas, sentada, parada. La idea es respetar al máximo el proceso fisiológico; para eso se le informa y ella podrá elegir de acuerdo a lo que le parezca”(31).

Considerando que existen en el Uruguay varias de las herramientas necesarias para llevar adelante una atención humanizada del parto, como ser normativa, guías ministeriales, proyectos institucionales, así como la infraestructura apropiada; el equipo de investigación considera que es crucial conocer si la usuaria llega con la información que se requiere para tomar esas decisiones en el momento del trabajo del parto y parto, ya que la mera disponibilidad de las medidas para un parto respetado no garantiza que la mujer ejerza plenamente sus derechos.

Conocer si las mujeres llegan al momento del trabajo de parto con la información suficiente es crucial para saber si son necesarias más intervenciones para lograr el objetivo de que la mujer tome decisiones informadas, y es por esto que este trabajo podría ser de utilidad.

Se tomarán tres variables sobre las cuales las mujeres pueden tomar decisiones: la elección de un acompañante durante todo el proceso de trabajo de parto y parto, los métodos analgésicos utilizados, y la posición en la cual parir.

## **Objetivos del estudio**

Objetivo general: Estudiar la proporción de usuarias informadas respecto a algunas variables relativas al trabajo de parto y parto disponibles en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, y relacionar esto con diferentes variables.

Objetivos específicos:

- Describir la población asistida en las salas de alojamiento madre-hijo (AMH) en el Hospital de la Mujer del C.H.P.R., tomando en cuenta las siguientes variables: edad, ascendencia étnico racial autopercebida, nivel educativo, antecedente de partos previos, control del embarazo en cantidad, asistencia a clases de parto.
- Estudiar la proporción de las siguientes variables del trabajo de parto y parto: elección de acompañante durante el trabajo de parto y parto, uso de diferentes métodos de analgesia, posiciones del parto.
- Estudiar la proporción de mujeres informadas sobre la elección del acompañante, la elección de los métodos de analgesia, y la elección de la posición del parto.
- Estudiar la asociación entre las variables del trabajo del parto y parto con el hecho de estar informada sobre las mismas.
- Estudiar la asociación entre variables sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos de la usuaria en relación a estar informadas o no.

## **Metodología**

### Tipo de estudio y diseño general

Se realizó un estudio descriptivo, de tipo transversal. Se encuestaron usuarias del C.H.P.R. que estaban internadas en salas de alojamiento madre-hijo. Dichas encuestas fueron realizadas durante un período de tiempo de dos meses (julio y agosto del 2019). Se encuestaron únicamente puérperas que hubieran tenido un embarazo y parto de bajo riesgo médico, dado que la presencia de complicaciones puede repercutir directamente sobre la posibilidad de tomar decisiones libremente. La encuesta que se realizó no fue autogestionada sino realizada por los estudiantes a cargo de la investigación. Con la misma se pretendió indagar sobre la información con la que contaban las usuarias previo al inicio del trabajo de parto, además de diferentes variables sociodemográficas y de antecedentes gineco-obstétricos. Se utilizaron las historias clínicas para obtener información del embarazo y parto que pudieran constituir un criterio de exclusión.

### Universo de estudio y muestra

El universo de estudio consiste en todas las usuarias asistidas en el momento de parto en el C.H.P.R.. La selección de la muestra se hizo tomando en cuenta los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- puérperas de bajo riesgo en internación en AMH en el CHPR en el período comprendido entre julio y agosto del 2019,
- parto vaginal,
- con embarazo de bajo riesgo,
- con consentimiento informado previamente firmado, y asentimiento en caso de menores no emancipadas.

Criterios de exclusión:

- cesárea,
- embarazo de alto riesgo desde el punto de vista médico (estados hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, VIH, embarazo gemelar, sangrados de la segunda mitad del embarazo),
- pérdida de bienestar fetal,
- instrumentación con fórceps,
- parto pretérmino,
- parto postérmino,
- muerte fetal o neonatal,
- cesárea previa.

Se obtuvo el consentimiento informado de 348 usuarias para el estudio. De estas, 192 (55,2%) cumplían con uno o más criterios de exclusión. Del total de participantes un 27,6% tuvo una terminación por cesárea, 12,6% diabetes gestacional, 10,9% estado hipertensivo del embarazo, 10,6% cesárea previa, 4% parto pretérmino, 2,6% pérdida de bienestar fetal, 2,3% parto postérmino, 2% fórceps, 1,7% parto en el hogar, 1,7% parto fuera del C.H.P.R., 0,86% embarazo gemelar y 0,29% VIH. Fueron incluidas 156 (44,8%) participantes.

#### Definición operativa de las variables

	Nombre	Definición conceptual	Operacionalización	Conjunto de valores	Tipo y escala
Variables sociodemográficas	edad	tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento del estudio	se le preguntó la edad en años a la paciente	cualquier edad	cuantitativa continua, medida en escala de razón
	ascendencia étnico-racial	la ascendencia étnico-racial con la que la paciente se identifica	se le preguntó a la usuaria su autopercepción a través del cuestionario	blanca, indígena, afro, otro	cualitativa, medida en escala nominal
	nivel educativo	nivel educativo más alto que se ha conseguido hasta el momento del estudio	se obtuvo la información a través del cuestionario	primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciaria incompleta, terciaria completa	cualitativa, medida en escala ordinal
Variables ginecoobstétricas	antecedente de parto vaginal previo	antecedente de parto por vía vagina (no cesárea)	se obtuvo la información a través del cuestionario	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal
	buen control del embarazo en cantidad	embarazo bien controlado en cantidad	se considera bien controlado si tuvo 5 o más controles y mal controlado si tuvo menos de 5	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal
	asistencia a clases de parto	asistencia a clases de preparación para el trabajo de parto y parto	se obtuvo la información a través del cuestionario	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal

	Nombre	Definición conceptual	Operacionalización	Conjunto de valores	Tipo y escala
Variables del trabajo de parto y parto	elección de acompañante	elección por parte de la participante de la persona que la acompaña durante el trabajo de parto y parto	expresa haber elegido el acompañante, o no	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal
	información previa sobre la posibilidad de elección del acompañante	conocimiento previo de la posibilidad de elección del acompañante	expresa haber tenido conocimiento previo o no de la posibilidad de elección del acompañante en el cuestionario	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal
	uso de analgesia	utilización o no de métodos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto	expresa haber utilizado algún método analgésico, o no	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal
	tipo de analgesia utilizada	método elegido para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto	la paciente comunica el tipo de analgesia recibido	epidural, esferodinamia, agua caliente, masajes, técnicas de relajación	cualitativa, medida en escala nominal
	información previa sobre los tipos de analgesia disponibles que podía elegir	conocimiento previo de los tipos de analgesia disponibles que podía elegir	la paciente comunica haber tenido información sobre todos los otros tipos de analgesia disponibles a su elección	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal
	posición adoptada	postura de la participante al momento de parir	la paciente comunica la postura en la que parió	litotómica, vertical	cualitativa, medida en escala nominal
	información previa sobre posiciones en el parto	conocimiento previo de otras posiciones en las que podía elegir parir	la paciente expresa haber tenido conocimiento previo respecto a las posiciones de parto posibles	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal

### Procedimientos para la recolección de datos

Para procurar controlar ciertos factores de subjetividad que podrían disminuir la calidad de los datos recolectados, todos quienes encuestaron formularon las preguntas de la misma manera, como se encuentra detallado en el anexo.

### Análisis de los resultados

Los datos obtenidos a través de los cuestionarios fueron reunidos en una planilla de Excel. Para el análisis de los mismos se utilizó el programa estadístico EpiInfo7.

La variable cuantitativa (edad) fue resumida con la mediana y cuartiles 1 y 3. Cuando se requirió realizar comparaciones se utilizó el test no paramétrico Mann-Whitney. Para el análisis

de la variable ordinal (nivel educativo) se cambió la operacionalización para crear una variable nominal dicotómica (menor o igual a 6 años de educación -primaria incompleta y completa- o mayor de 6 años de educación). Las variables cualitativas fueron resumidas en porcentajes. En este caso, se utilizó el test de chi-cuadrado o el test exacto de Fisher según correspondiera.

En todos los casos, se consideró un error tipo I aceptable por debajo de 0,05.

#### Aspectos éticos

Este estudio se realizó con previa obtención del consentimiento informado o asentimiento (en caso de menores no emancipadas), que se encuentran anexados, por parte de las usuarias. La aprobación de este protocolo para el llevado a cabo del estudio fue otorgada por el Comité de Ética del hospital.

## Resultados

Con respecto a las variables sociodemográficas, la mediana de edad de la muestra es de 23,0 años ( $Q_1$  20,00;  $Q_2$  27,00). Respecto a la ascendencia autopercebida, el 60,3% se identificaba como blanca, 16% como afro, 5,7% como indígena, y 18% como otra. La mayoría de las usuarias entrevistadas tenía como nivel educativo más alto la secundaria incompleta con un 62,2%, mientras que el 2,5% era primaria incompleta, 19,9% primaria completa, 5,8% secundaria completa, 6,4% terciaria incompleta y 3,2% terciaria completa.

En cuanto a las variables ginecoobstétricas, prácticamente la mitad de las usuarias (54,5%) contaba con el antecedente de un parto vaginal previo, frente a un 45,5% que no tenía ese antecedente. Una franca mayoría de las usuarias presentó un embarazo bien controlado en cantidad, representando el 87,2% de la muestra, mientras un 12,8% tuvo menos de cinco controles. El 7,7% de las encuestadas asistió a clases de parto durante este embarazo, frente a 92,3% que no lo hizo.

Respecto a las variables relativas al trabajo de parto y parto, la mayoría (95,5%) de las encuestadas estuvo acompañada por alguien de su elección, frente a un 4,5% que no lo estuvo. A su vez, un 92,3% sabía, al llegar a trabajo de parto, que podía elegir una persona que la acompañara, y un 7,7% lo desconocía (Figura 1). Por otro lado, haciendo referencia a la analgesia, se obtuvo un 37,8 % de participantes que no utilizó ningún método de analgesia, siendo 62,2 % las que sí utilizaron alguno(s) de los métodos presentados en la encuesta. Del total de participantes que utilizaron uno o más tipos de analgesia, la epidural fue utilizada por 32,7%, la medicación intravenosa por 1,9%, las duchas de agua caliente por 26,3%, la esferodinamia por 19,2%, los masajes por 21,2% y las técnicas de relajación por 30,8%. El 66,7% de las participantes desconocía por lo menos alguno de los métodos de analgesia disponibles en las instalaciones del C.H.P.R. (Figura 2). Respecto a la posición a la hora del parto, un 85,3% parieron en posición litotómica, frente a un 14,7% que adoptó una posición vertical. En lo que refiere a si la paciente estaba informada previamente sobre las posiciones que podía adoptar en el momento del parto, un 66,7% de las participantes no estaba informada previamente y un 33,3 % sí lo estaba (Figura 3).

<b>Tabla 1. Características de la muestra.</b>	
<b>Variables sociodemográficas</b>	
<b>Edad</b>	23,00 (20,00;27,00)
<b>Etnia</b>	
Blanca	94 (60,3)
Afro	25 (16)
Indígena	9 (5,7)
Otra	28 (18)
<b>Nivel educativo</b>	
Primaria incompleta	4 (2,5)
Primaria completa	31 (19,9)
Secundaria incompleta	97 (62,2)
Secundaria completa	9 (5,8)
Terciaria incompleta	10 (6,4)
Terciaria completa	5 (3,2)
<b>Variables gineco-obstétricas</b>	
<b>Parto vaginal previo</b>	
Sí	85 (54,5)
No	71 (45,5)
<b>Buen control del embarazo</b>	
Sí	136 (87,2)
No	20 (12,8)
<b>Asistencia a clases de parto</b>	
Sí	12 (7,7)
No	144 (92,3)
<b>Variables del trabajo de parto y parto</b>	
<b>Elección del acompañante</b>	
Sí	149 (95,5)
No	7 (4,5)
<b>Información previa (acompañante)</b>	
Sí	144 (92,3)
No	12 (7,7)
<b>Uso de analgesia</b>	

Sí	97 (62,2)
Sólo método/s farmacológico/s	19 (12,2)
Sólo método/s no farmacológico/s	46 (29,5)
Método/s farmacológico/s y método/s no farmacológico/s	32 (20,5)
No	59 (37,8)
<b>Información previa (analgesia)</b>	
Sí	52 (33,3)
No	104 (66,7)
<b>Posición adoptada</b>	
Litotómica	133 (85,3)
Vertical	23 (14,7)
<b>Información previa (posición)</b>	
Sí	52 (33,3)
No	104 (66,7)
Resultados expresados en mediana (Q1;Q3) o en frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual).	

Figura 1. Información previa sobre el acompañante.

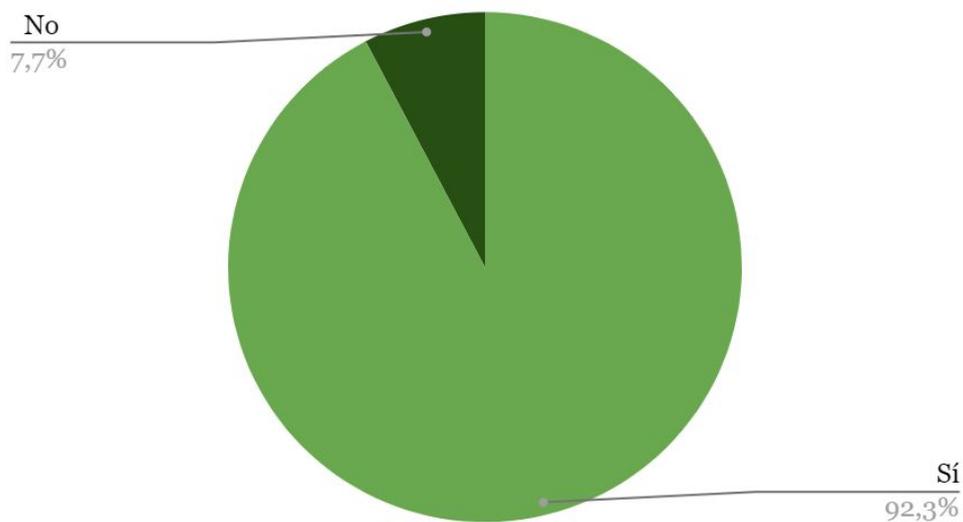


Figura 2. Información previa sobre la analgesia.

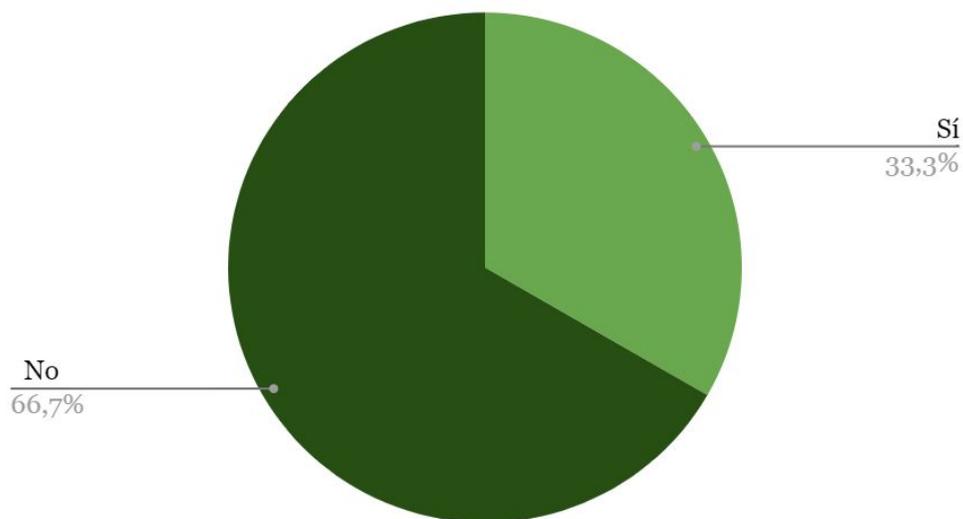
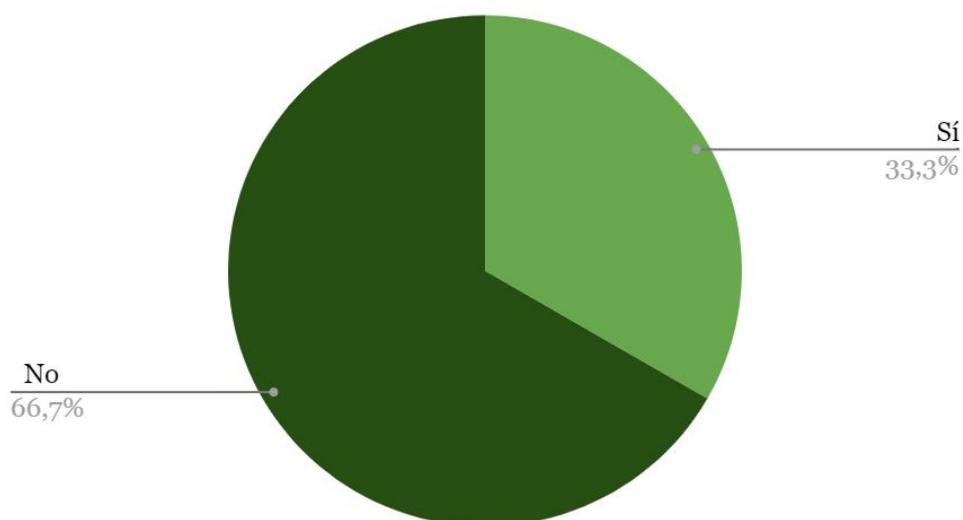


Figura 3. Información previa sobre la posición.



No se encontró asociación entre la edad y el estar informada o no sobre la posibilidad de elegir acompañante, las opciones de analgesia ni las posiciones en el parto.

No hubo diferencia estadísticamente significativa respecto a la ascendencia étnico-racial autopercebida y el estar informada o no sobre la elección del acompañante, uso de analgesia o posición durante el parto.

Respecto al nivel educativo, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre usuarias con hasta seis años de educación o más de seis años y el estar informadas sobre la elección del acompañante y el uso de analgesia. Sin embargo, aquellas usuarias que tenían más de seis años

de educación mostraron una mayor probabilidad de estar informadas respecto a la posición del parto, (valor  $p=0,0035$ ;  $RP=0,29$ ; IC del 95% [0,11;0,74]) (Figura 4).

Las variables de parto vaginal previo y de buen control del embarazo en cantidad no mostraron ninguna asociación estadísticamente significativa con la información respecto a las opciones disponibles en el trabajo de parto y parto.

La asistencia a clases de parto, no se vio vinculada con el conocimiento de la elección del acompañante. Sin embargo, aquellas usuarias que asistieron a clases de parto en el embarazo mostraron una mayor probabilidad de estar informadas con respecto a los tipos de analgesia disponibles y diferentes posiciones posibles a adoptar en el parto en el C.H.P.R.. En ambos casos, estas usuarias mostraban 1,18 veces más probabilidad de conocer estas opciones en comparación a aquellas que no asistieron a clases de parto en este embarazo (valor  $p=0,02$ ;  $RP=2,18$ ; IC del 95% [1,36;3,49]) (Figuras 5 y 6).

<b>Tabla 3. Información previa sobre el acompañante, la analgesia y la posición según variables sociodemográficas y gineco-obstétricas.</b>					
<b>Variables sociodemográficas</b>	<b>Información previa sobre el acompañante</b>		<b>Valor p</b>	<b>RP</b>	<b>IC del 95%</b>
	<b>Sí</b>	<b>No</b>			
<b>Edad</b>	23,00 (20,00;27,00)	23,00 (19,00;26,00)	0,65	-	-
<b>Etnia</b>					
Blanca	86 (91,49)	8 (8,51)	1	-	-
Afro	23 (92,00)	2 (8,00)			
Indígena	9 (100)	0 (0,00)			
Otra	26 (92,86)	2 (7,14)			
<b>Años de educación</b>					
≤6 años	30 (85,71)	5 (14,29)	0,14	-	-
>6 años	114 (94,21)	7 (5,79)			
<b>Variables gineco-obstétricas</b>					
<b>Parto vaginal previo</b>					
Sí	80 (94,12)	5 (5,88)	0,53	-	-
No	64 (90,14)	7 (9,86)			
<b>Buen control del embarazo</b>					
Sí	128 (94,12)	8 (5,88)	0,099	-	-
No	16 (80,00)	4 (20,00)			
<b>Asistencia a clases de parto</b>					
Sí	12 (100)	0 (0,00)	0,60	-	-
No	132 (91,67)	12 (8,33)			
Resultados expresados en mediana (Q1:Q3) o frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual). RP: razón de prevalencias; IC del 95%: intervalo de confianza del 95%.					

Tabla 3. Información previa sobre el acompañante, la analgesia y la posición según variables sociodemográficas y gineco-obstétricas. (continuación)

Variables sociodemográficas	Información previa sobre la analgesia		Valor p	RP	IC del 95%	Información previa sobre la posición		Valor p	RP	IC del 95%
	Si	No				Si	No			
<b>Edad</b>	23,00 (19,50;28,00)	23,00 (20,00;26,50)	0,95	-	-	23,00 (19,50;27,50)	23,00 (20,00;27,00)	0,88	-	-
<b>Etnia</b>										
Blanca	31 (32,97)	63 (67,02)	0,99	-	-	30 (31,91)	64 (68,09)	0,39	-	-
Afro	9 (36,00)	16 (64,00)				10 (40,00)	15 (60,00)			
Indígena	3 (33,33)	6 (66,67)				1 (11,11)	8 (88,89)			
Otra	9 (32,14)	19 (67,86)				11 (39,29)	17 (60,71)			
<b>Años de educación</b>										
≤6 años	11 (31,43)	24 (68,57)	0,78	-	-	4 (11,43)	31(88,57)	0,0035	0,29	(0,11;0,74)
>6 años	41 (33,88)	80 (66,12)				48 (39,67)	73 (60,33)			
<b>Variables gineco-obstétricas</b>										
<b>Parto vaginal previo</b>										
Si	24 (28,24)	61 (71,76)	0,19	-	-	27 (31,76)	58 (68,24)	0,77	-	-
No	28 (39,44)	43 (60,56)				25 (35,21)	46 (64,79)			
<b>Buen control del embarazo</b>										
Si	49 (36,03)	87 (63,97)	0,11	-	-	47 (34,56)	89 (65,44)	0,55	-	-
No	3 (15,00)	17 (85,00)				5 (25,00)	15 (75,00)			
<b>Asistencia a clases de parto</b>										
Si	8 (66,67)	4 (33,33)	0,02	2,18	(1,36;3,49)	8 (66,67)	4 (33,33)	0,02	2,18	(1,36;3,49)
No	44 (30,56)	100 (69,44)				44 (30,56)	100 (69,44)			

Resultados expresados en mediana (Q1-Q3) o frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual). RP: razón de prevalencias; IC del 95%: intervalo de confianza del 95%.

Figura 4. Información previa sobre la posición según los años de educación.

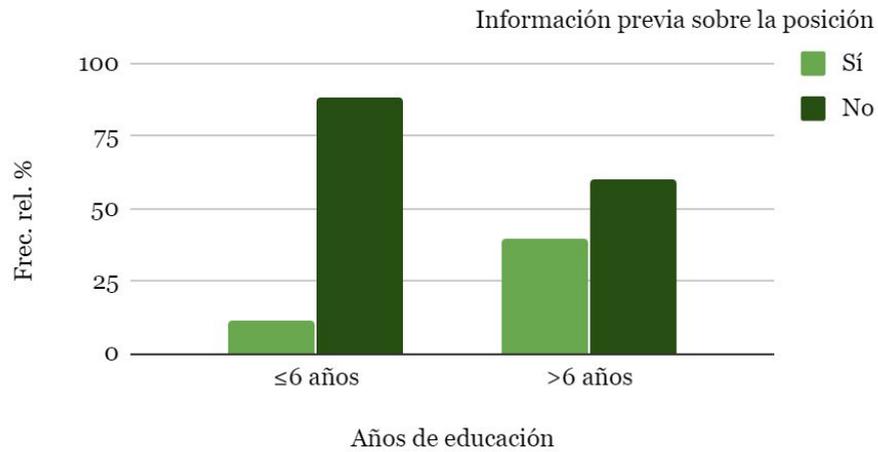


Figura 5. Información previa sobre la analgesia según la asistencia a clases de parto.

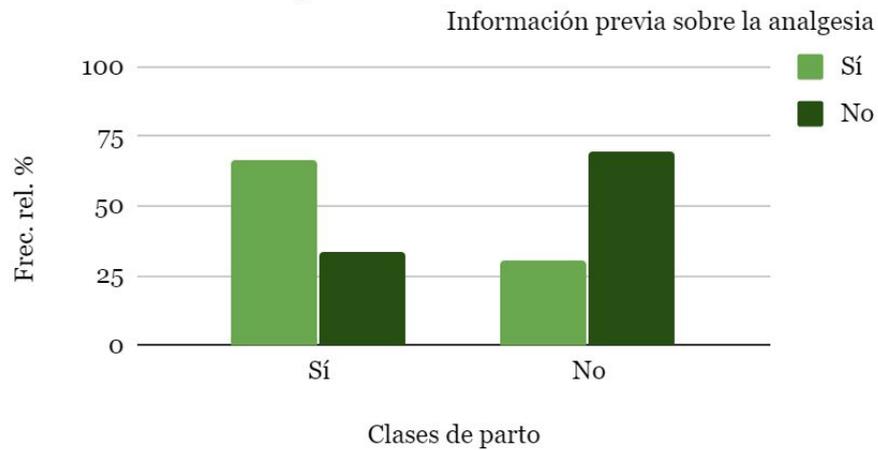
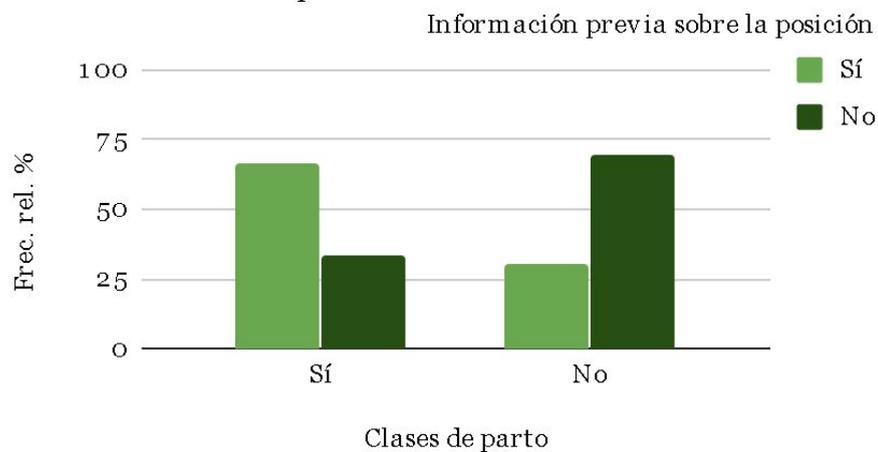


Figura 6. Información previa sobre la posición según la asistencia a clases de parto.

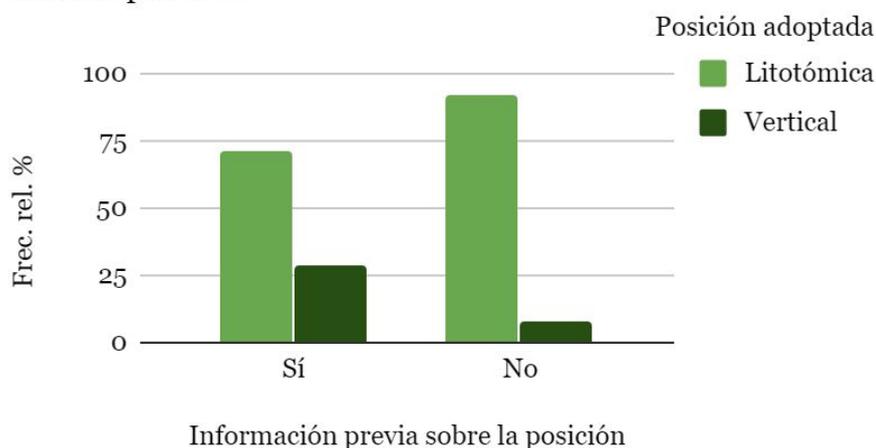


Del total de las participantes que contaban con información previa del acompañante un 95,1 % eligió a su acompañante y un 4,9% no lo hizo. Por otro lado, el total de las pacientes que no contaban con dicha información, eligieron a su acompañante. No se encontró una diferencia significativa entre aquellas mujeres que sabían que podían elegir el acompañante frente a las que no lo sabían respecto a si elegían acompañante.

En lo que hace referencia a la información previa respecto a los métodos de analgesia disponible, un 11,6% de las participantes que sí contaban con esa información recibieron sólo métodos farmacológicos de analgesia, un 26,9% recibió métodos de analgesia no farmacológicos, un 25% recibió métodos de analgesia tanto farmacológicos como no farmacológicos y un 36,5% no recibió ningún método de analgesia. En lo que refiere a las participantes que no estaban informadas respecto a los diferentes métodos de analgesia previa, un 12,5% recibió sólo métodos de analgesia farmacológicos, un 30,8% recibió solo métodos de analgesia no farmacológicos, un 18,3% recibió métodos de analgesia tanto farmacológicos como no farmacológicos y un 38,4 % no recibió ningún tipo de analgesia. Tampoco se encontró asociación entre información sobre la analgesia disponible y el elegirla o no, o qué tipo de analgesia elegir.

Por otro lado, al analizar la asociación entre la información sobre la posición y la posición adoptada en el momento del parto, se encontraron diferencias entre el grupo que conocía las diferentes posiciones frente al que no. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa (valor  $p=0,001$ ) respecto a la posición adoptada en el parto entre aquellas usuarias informadas respecto a las posiciones posibles y la posición adoptada en el parto. Dentro de las usuarias informadas, un 28,8% adoptó la posición vertical, mientras que un 7,7% de las no informadas lo hizo, con una diferencia estadísticamente significativa. Aquellas usuarias que estaban informadas respecto a las posiciones posibles tenían una reducción del 23% de la probabilidad de parir en posición litotómica con respecto a las que no lo estaban (valor  $p=0,001$ ;  $RP=0,77$ ; IC del 95% [0,64:0,92]) (Figura 7).

Figura 7. Posición adoptada según la información previa sobre la posición.



**Tabla 4. Variables del parto según la información previa sobre el acompañante, la analgesia y la posición.**

Tabla 4. Variables del parto según la información previa sobre el acompañante, la analgesia y la posición.							
Información previa sobre el acompañante	Elección del acompañante				Valor p	RP	IC del 95%
	Sí	No					
Sí	137 (95,14)	7 (4,86)			1	-	-
No	12 (100)	0 (0,00)					
Información previa sobre la analgesia	Uso de analgesia				Valor p	RP	IC del 95%
	Sí			No			
	Sólo método/s farmacológico/s	Sólo método/s no farmacológico/s	Método/s farmacológico/s y método/s no farmacológico/s				
	Sí	6 (11,54)	14 (26,92)	13 (25,00)			
No	13 (12,50)	32 (30,77)	19 (18,27)	40 (38,46)			
Información previa sobre la posición	Posición adoptada				Valor p	RP	IC del 95%
	Litotómica	Vertical					
	Sí	37 (71,15)					
No	96 (92,31)	8 (7,69)					

Resultados expresados en frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual). RP: razón de prevalencias; IC del 95%: intervalo de confianza del 95%.

## **Discusión**

Una primera limitante de este trabajo es el muestreo, hecho por conveniencia. Esto, y el tamaño de la muestra, dificulta la posibilidad de hacer inferencias. A su vez, el cuestionario fue realizado por el equipo de investigación y no se encuentra validado. Otra limitación del presente trabajo es que varias usuarias encuestadas llegaron al servicio en período expulsivo por lo que no contaban con el mismo tiempo para hacer uso de las salas de nacer. Esto puede haber influido sobre todo en la elección del método de analgesia.

Debido a que se excluyeron los embarazos patológicos, y que estos se dan con mayor frecuencia en usuarias de mayor edad (1), se puede considerar sesgada la mediana para la edad. A su vez, debido a que se precisaba la firma de un tutor responsable para entrevistar a menores no emancipadas, se perdieron datos de aquellas menores que no estaban acompañadas en el momento que se realizaron las entrevistas.

En el presente estudio, se estableció la proporción de usuarias informadas acerca de ciertas decisiones que pueden tomar en el trabajo de parto y parto, y se observó que la amplia mayoría tiene conocimiento acerca de la elección de un acompañante. Esto podría explicarse gracias a que la ley fue establecida en 2001, antes de la ley de Salud Sexual y Reproductiva que promueve el parto humanizado, es decir que han pasado dieciocho años desde que fuera establecida. Sin embargo, en relación a las otras dos variables estudiadas en referencia al conocimiento previo, se vio que dos tercios de las usuarias encuestadas desconocían las opciones disponibles. Esto constituye un problema si se quiere apostar a cambiar las prácticas de asistencia del parto, ya que es crucial la decisión informada de la usuaria, más allá de la infraestructura con la que se pueda contar para la humanización del parto.

Además, es de destacar que la mayoría de las usuarias tuvieron un embarazo bien controlado en cantidad, lo cual es muy positivo para la salud tanto de la mujer como del feto. Sin embargo, no se encontró relación entre esta variable y la información que manejan las usuarias sobre ninguna de las opciones. Esto resulta interesante, ya que los controles constituyen momentos clave para informar a la usuaria del proceso del embarazo y del parto.

En cuanto a las clases de parto, se observó que hay una muy baja proporción de asistencia a las mismas, pero que es una herramienta útil para la usuaria ya que influyó significativamente en los conocimientos acerca de la analgesia y posición que podían elegir al parir. Surge la interrogante de por qué la enorme mayoría de las usuarias del C.H.P.R. no asiste a clases de parto.

En lo que refiere a la posición al parir las usuarias en amplia mayoría parieron en posición litotómica, más allá de tener o no el conocimiento previo de que contaban con otras opciones disponibles. Sin embargo, se encontró una mayor tendencia a no parir en posición litotómica en aquellas mujeres que contaban con información previa. El diseño del estudio no permite conocer por qué aquellas usuarias informadas sobre las diferentes posiciones que podían adoptar durante el parto parieron de una u otra forma. Probablemente el mero hecho de conocer las diferentes opciones no garantice que la usuaria decida adoptar una posición dada, sino que el conocimiento en mayor profundidad de las ventajas y desventajas de las mismas, las propias expectativas de la mujer y la atención brindada por el personal de salud también tengan su influencia.

La relación encontrada entre el bajo nivel educativo y menor información respecto a la posición en el parto resulta también interesante. Esta diferencia puede deberse a una mayor dificultad en comprender información. Sin embargo, también traduce una necesidad de alcanzar a una población vulnerable y marginalizada. Es importante que el personal de salud no profundice esa brecha, adecuando la información brindada conociendo el contexto de la usuaria.

Con respecto a los motivos de exclusión, se obtuvieron proporciones muy similares a los porcentajes brindados por el Sistema Informático Perinatal. Según esta fuente, en el C.H.P.R. se registraron 6.249 nacimientos en el año 2018, de los cuales el 69,2% correspondió a partos vaginales sin instrumentación, el 1,7% a partos vaginales con instrumentación, y el 29,0% a cesáreas. A su vez, respecto a las patologías del embarazo, un 10,7% de EHE, un 16,8% de DG, un 12,4% de partos pretérminos, y un 2,7% de embarazos múltiples (30). Tanto el porcentaje de cesáreas reportado por el SIP como la proporción de terminación por cesárea encontrada en esta muestra son muy superiores a la tasa de cesáreas recomendada por la OMS, casi duplicándola. Sin embargo, otras instituciones en Uruguay presentan tasas de cesáreas más altas, superando a veces el 55% (9).

## **Conclusiones y perspectivas**

En este estudio se encontró una baja proporción de información respecto a variables sumamente relevantes en el trabajo de parto y parto, como son el manejo del dolor y las posiciones. Esto alerta sobre una necesidad de comunicar y educar a las usuarias acerca del proceso de trabajo de parto y parto para garantizar una experiencia positiva.

A su vez, al demostrarse una asociación entre la asistencia a clases de parto con mayor información sobre la analgesia y la posición, se estima que esta es una herramienta poderosa a ser usada. Se podría estudiar con una muestra mayor y en otros centros de salud, la proporción de asistencia a clases de parto y conocer los motivos por los cuales las usuarias no asisten. La guía del Ministerio de Salud del 2018 contiene una lista de todo lo necesario para llevar a cabo las clases de parto y hace especial énfasis en la disponibilidad de las clases (9). Sería pertinente garantizar la presencia de las clases en la comunidad para poder acercar esta herramienta a la población, sobre todo teniendo en cuenta que existe una buena adherencia al sistema de salud en lo que respecta al control.

Habiendo comprobado que la gran mayoría de las usuarias llevan un buen control en cantidad de su embarazo, y que esto no se relaciona con mayor información respecto a las opciones durante el parto que fueron estudiadas, podría ser de gran impacto mejorar la difusión de esta información en los controles obstétricos. Se podría distribuir folletos con la información sobre las diferentes maternidades y los servicios que ofrecen. A su vez, las recomendaciones del Ministerio incluyen una plantilla de plan de parto, para que las usuarias puedan decidir junto a quien controla su embarazo ciertos aspectos del trabajo de parto y el parto. Esto podría ser usado en la consulta como guía para informar respecto a los eventos y las decisiones posibles en este proceso.

Más allá de la información previa de las usuarias, la baja proporción de partos en vertical llama la atención. Sería deseable saber con qué formación cuenta y qué tan predispuesto está el personal de salud para la atención del parto vertical, teniendo en cuenta que la guía ministerial del 2018 lista como práctica no recomendada el parto en posición litotómica (9).

La situación descrita en este estudio no es extrapolable al resto del país. Sería interesante contar con un estudio de mayor magnitud que pudiera analizar estas y otras variables en diferentes centros de salud, tanto pertenecientes a ASSE como mutualistas, en Montevideo y el interior del país para conocer la realidad del parto humanizado de forma más global.

## Referencias

1. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005. 1–728 p.
2. WHO. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1>  
%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/
3. Cáceres-Manrique FDM, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017;68(2):128–34.
4. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y Salud en Cifras [Internet]. 2012;10(2/3):44–59. Available from: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
5. WHO. Appropriate Technology for Birth. Lancet. 1985;436–7.
6. OMS. CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUÍA PRÁCTICA. 1996;1–104.
7. IMPO. Ley N° 18426 - SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA [Internet]. Normativa y Avisos Legales del Uruguay. 2008. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
8. Muñoz MJ, Fernández Galeano M, Basso Garrido J, Ríos G, Dellagatta A, Grela C, et al. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio [Internet]. Uruguay; 2008 p. 72. Available from: <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-proceso-parto-puerperio.pdf>

9. Basso Garrido J, Quian J, Rosa R, Ríos G, Visconti A, Aguirre R. Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional [Internet]. 2018 [cited 2019 May 8]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/RECOMENDACIONES.pdf>
10. Calvo Aguilar O, Flores Romero AL, Morales García VE. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecol Obstet Mex.* 2013;81:1–10.
11. Agramonte-Vilca MJ. Parto vertical : ¿favorece una correcta adaptación neonatal? *Salud Publica Mex.* 2016;58(3):336–7.
12. Dunn PM. Francois Mauriceau (1637-1709) and maternal posture for parturition. *Arch Dis Child.* 1991;66(February 1991):78–9.
13. Vargas Londoño VF, Rodríguez Castiblanco JP, Corredor Acosta MT, Vallejo Astudillo NM. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro.* 2018;20(1):14.
14. Gayeski ME, Brüggemann OM. Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009;17(2):153–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-1169200900020003%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-116920090](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200900020003%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-116920090)
15. Martínez Galiano JM. *Manual de Asistencia al Parto.* 1st ed. Elsevier, editor. Barcelona; 2013. 1–340 p.
16. Quintana MV, Torrado MJ, Núñez M, Bouchacourt JP, Álvarez E. Satisfacción y calidad en analgesia del parto. *Anest Analg Reanim* [Internet]. 2013;26(2):1–13. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12732013000200006](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732013000200006)

17. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. 2012;(3):1–163.
18. Álvarez C, Borbonet D, Borda K, Boggia B, Bottaro S, Chribao F, et al. Tomo 1: Atención integral, humanizada e institucional, de la mujer en Trabajo de parto y Parto y del Recién nacido. In: Protocolos clínicos en la Maternidad. 2018. p. 1–96.
19. Romero-Morante M, Jiménez-Reguera B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. *Fisioterapia*. 2010;32(3):123–30.
20. Ortiz, J, Palacio, F, Ruiz F. Técnicas analgésicas para el parto : alternativas en caso de fallo de la epidural Analgesic techniques for labour : alternatives in case of failure of the epidural. *Resumen Introducción El dolor del parto se describe como uno de los principales problemas de la obstetricia. La analgesia epidural ( o p. An SistSanit Navar. 2014;37(3):411–27.*
21. Jiménez-Barragán C. Aplicación de métodos no farmacológicos en la dilatación y alivio del dolor en el parto [Internet]. 2015. Available from: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1605>
22. Caballero Barrera V, Santos Pazos PJ, Polonio Olivares ML. Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. *NURE Investigacion* [Internet]. 2016;13(85):1–7. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277922%0Ahttp://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/73>
23. Stark MA. Testing the effectiveness of therapeutic showering in labor. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2017;31(2):1–9.
24. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(1):19–28.
25. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barbieri M. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(3):1–8.

26. IMPO. Ley N° 17386 - ACOMPAÑAMIENTO A LA MUJER EN EL PREPARTO, PARTO Y NACIMIENTO [Internet]. Normativa y Avisos Legales del Uruguay. 2001. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>
27. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes Cavalcante MV, Nery do Lago P, Sousa de Mesquita N. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc Anna Nery - Rev Enferm.* 2014;18(2):262–9.
28. ASSE. “A la hora de nacer” [Internet]. Uruguay; Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=7yg-uAM9nnI>
29. Ministerio de Salud Pública, Estadística IN de. República Oriental del Uruguay - Estadísticas Vitales - Natalidad 2011-2015, Certificado de Nacido Vivo de Uruguay [Internet]. 2016. Available from: <http://estadisticas.msp.gub.uy/index.php/catalog/20/datafile/F9>
30. C.H.P.R. Sistema Informático Perinatal (SIP) OPS/OMS. 2018.
31. Castro L. Con nuevas salas de nacer ASSE “termina de posicionarse como una maternidad de última generación.” la diaria [Internet]. 2018 Jul 23; Available from: <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2018/7/con-nuevas-salas-de-nacer-asse-termina-de-posicionarse-como-una-maternidad-de-ultima-generacion/>

### **Agradecimientos**

Consideramos pertinente realizar los siguientes agradecimientos:

A las usuarias y los funcionarios del C.H.P.R. por su buena predisposición que nos facilitó la recolección de datos. A Guadalupe Herrera por su siempre excelente disposición a ayudar. A Gonzalo Sotero y Claudio Sosa por brindarnos información de suma relevancia para la realización del estudio. Por último a Silvina Bartesaghi por ayudarnos a encauzar nuestro trabajo.

## **Anexos**

### **1 - Cuestionario**

Datos personales:

1. ¿Cuántos años tiene?
  - 
  - 
  - 
  -
  
2. Usted se identifica como:
  - Blanca
  - Indígena
  - Afro
  - Otra
  
3. ¿Cuál es su máximo nivel educativo obtenido?
  - Primaria incompleta
  - Primaria completa
  - Secundaria incompleta
  - Secundaria completa
  - Terciaria incompleta
  - Terciaria completa
  
4. ¿Tuvo alguna vez otro parto vaginal?
  - Sí
  - No
  
5. ¿A cuántos controles obstétricos asistió?
  - <5
  - ≥5
  
6. ¿Asistió a clases de parto?
  - Sí
  - No

Información sobre el trabajo de parto y parto:

7. ¿Estuvo acompañada durante el trabajo de parto y parto por quien usted eligió?
  - Sí
  - No
  
8. ¿Sabía que usted podía elegir quién la acompañaba?
  - Sí
  - No
  
9. ¿Recibió algún tipo de analgesia?
  - Sí
  - No
  
10. ¿Qué tipo de analgesia recibió?
  - Epidural/Combinada
  - Medicación intravenosa
  - Esferodinamia
  - Duchas de agua caliente
  - Masajes
  - Técnicas de relajación
  
11. ¿Antes de entrar en trabajo de parto, usted conocía los diferentes métodos de analgesia que podía elegir utilizar?
  - Sí
  - No
  
12. ¿En qué posición parió?
  - Acostada (posición litotómica)
  - Vertical (en el banco de parto, de pie, arrodillada)
  
13. ¿Antes de entrar en trabajo de parto, usted conocía las diferentes posiciones en las que podía elegir parir?
  - Sí
  - No

## 2- Consentimiento informado

### *Información para la participante*

Por medio de este documento se invita a usted a participar de la investigación “¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto del 2019”, a cargo de los estudiantes de sexto año de medicina: Br. Federico Alfaro, Br. Ana Barbier, Br. Cecilia Belzarena, Br. Lucía Bengochea, Br. Blanca Cardozo, supervisados por la Prof. Adj. Dra. Isabel Posada.

El objetivo de nuestro trabajo es saber si las pacientes están o no informadas sobre algunas opciones que tienen disponibles al momento del trabajo de parto y parto en este hospital. Para recabar estos datos, si usted lo concede, se realizará una encuesta con una duración aproximada de 10 minutos. En caso de ser necesario se verificarán algunos datos con la historia clínica.

Si desea participar, esta será la única intervención que realizaremos. Usted tiene derecho a negarse a participar y a decidir interrumpir la encuesta en cualquier momento, sin esto ocasionar ningún tipo de perjuicio en cuanto a la atención que recibirá. Una vez recabados los datos, estos serán incluidos en el estudio, no pudiendo ser eliminados debido a que la encuesta es anónima. La participación es estrictamente voluntaria, usted no recibirá ningún tipo de incentivo económico, ni de otra índole por participar. Los investigadores tampoco recibirán incentivo alguno.

Se respetará en todo momento el principio de confidencialidad y los datos aquí recabados serán anónimos y se utilizarán sólo con fines en esta investigación. Se difundirán los datos de forma anónima mediante una publicación de un póster y/o una publicación científica.

Cuando el estudio finalice usted podrá acceder a los resultados del estudio si lo desea.

*Consentimiento informado*

Por medio de este documento acepto participar voluntariamente de la investigación “¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto del 2019” llevada a cabo por la Dra. Adj. Isabel Posada y los Br. Federico Alfaro, Ana Barbier, Cecilia Belzarena, Lucía Bengochea y Blanca Cardozo.

Conozco los objetivos de la investigación y fui informada de que mi participación constará en responder un cuestionario. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar, y a retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto ocasione ningún tipo de perjuicio hacia mi persona.

A su vez, he sido informada de que los datos que brinde son confidenciales y no serán utilizados con otros fines por fuera de esta investigación.

En caso de tener una duda sobre mi participación en el estudio puedo ponerme en contacto con la investigadora a cargo, Prof. Adj. Dra. Isabel Posada, al número 096771359 o a la dirección de correo electrónico [miposada@hotmail.com](mailto:miposada@hotmail.com).

Una vez otorgado el consentimiento informado, recibiré una copia de dicho documento. Al finalizar la investigación tengo derecho a solicitar los resultados de la misma.

.....

.....

Nombre de la participante/tutor

Nombre del investigador

.....

.....

Firma de la participante/tutor

Firma del investigador

### 3- Asentimiento

#### *Información para la participante menor de edad*

Somos estudiantes de sexto año de medicina: Br. Federico Alfaro, Br. Ana Barbier, Br. Cecilia Belzarena, Br. Lucía Bengochea, Br. Blanca Cardozo. Con la supervisión de la Prof. Adj. Dra. Isabel Posada, estamos haciendo un trabajo de investigación que se llama “¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto del 2019”, y queremos invitarla a participar.

El objetivo de nuestro trabajo es saber si las pacientes están o no informadas sobre algunas opciones que tienen disponibles al momento del trabajo de parto y parto en este hospital. Para obtener estos datos, si usted está de acuerdo, se realizará una encuesta que durará aproximadamente 10 minutos. En caso de ser necesario se verificarán algunos datos con la historia clínica.

Si desea participar, esta será la única intervención que realizaremos. Usted tiene derecho a negarse a participar y a decidir interrumpir la encuesta en cualquier momento, sin que esto ocasione ningún tipo de problema en cuanto a la atención que recibirá. Una vez obtenidos los datos, estos serán incluidos en el estudio, y no podrán ser eliminados debido a que la encuesta es anónima. La participación es estrictamente voluntaria, usted no recibirá ningún tipo de incentivo económico, ni de otro tipo por participar. Los investigadores tampoco recibirán incentivo alguno.

Se respetará en todo momento el principio de confidencialidad y los datos aquí obtenidos serán anónimos y se utilizarán sólo con fines en esta investigación. Se difundirán los datos de forma anónima mediante una publicación de un póster y/o una publicación científica.

Cuando el estudio finalice usted podrá acceder a los resultados del estudio si lo desea.

Si usted desea participar, necesita dar su asentimiento, y su padre, madre o tutor legal deberá firmar el consentimiento informado.

*Asentimiento*

Por medio de este documento acepto participar voluntariamente de la investigación “¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto del 2019” llevada a cabo por la Dra. Adj. Isabel Posada y los Bres. Federico Alfaro, Ana Barbier, Cecilia Belzarena, Lucía Bengochea y Blanca Cardozo.

Conozco los objetivos de la investigación y fui informada de que mi participación consistirá en responder un cuestionario. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar, y a retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto ocasione ningún tipo de problema.

A su vez, he sido informada de que los datos que brinde son confidenciales y no serán utilizados con otros fines por fuera de esta investigación.

En caso de tener una duda sobre mi participación en el estudio puedo ponerme en contacto con la investigadora a cargo, Prof. Adj. Dra. Isabel Posada, al número 096771359 o a la dirección de correo electrónico [miposada@hotmail.com](mailto:miposada@hotmail.com).

Una vez otorgado el consentimiento informado, recibiré una copia de dicho documento. Al finalizar la investigación tengo derecho a solicitar los resultados de la misma.

.....

Nombre de la participante

.....

Nombre del investigador

.....

.....

Firma de la participante

Firma del investigador